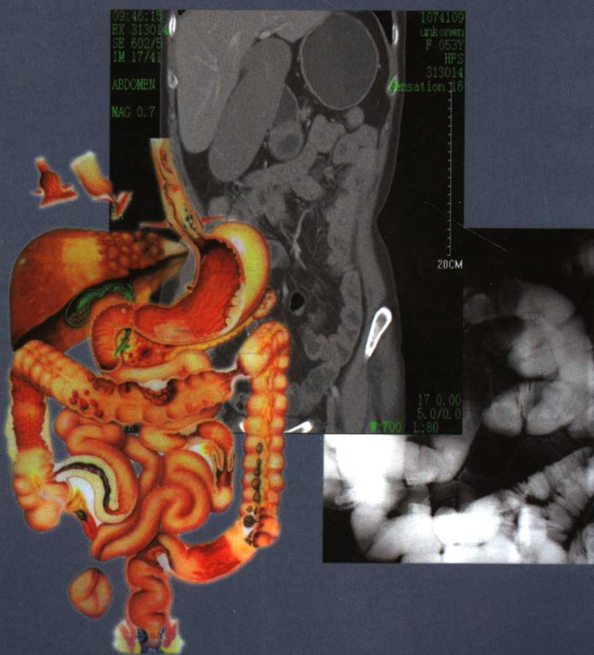


XIAOHUA JINANZHENG
LINCHUANG BINGANXUAN

消化急难症 临床病案选

◆ 姒健敏 主编



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

消化急难症临床病案选

姒健敏 主编

浙江大學出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化急难症临床病案选 / 姒健敏主编. —杭州: 浙江大学出版社, 2007. 6

ISBN 978-7-308-05339-6

I. 消… II. 姒… III. ①消化系统疾病: 急性病—病案—汇编 ②消化系统疾病: 疑难病—病案—汇编 IV. R570.597

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 068844 号

消化急难症临床病案选

姒健敏 主编

责任编辑 阮海潮(ruanhc@163.com)

组稿编辑 孙秀丽(sunly428@163.com)

出版发行 浙江大学出版社

(杭州天目山路 148 号 邮政编码 310028)

(E-mail: zupress@mail.hz.zj.cn)

(网址: <http://www.zjupress.com>)

排 版 浙江大学出版社电脑排版中心

印 刷 杭州富春印务有限公司

开 本 787mm×960mm 1/16

印 张 14.5

字 数 237 千

版 次 2007 年 6 月第 1 版 2007 年 6 月第 1 次印刷

印 数 0001—4000

书 号 ISBN 978-7-308-05339-6

定 价 50.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行部邮购电话 (0571)88072522



主编简介

姒健敏，浙江大学教授、博士生导师，附属邵逸夫医院消化内科主任医师，临床医学研究所所长，中华医学会消化分会副主任委员，浙江省消化学会主任委员。从事医疗、教学和科研工作25年余，擅长消化内科（胃肠及肝胆疾病）临床疑难杂证的诊治，在内镜介入治疗胃肠病，胃肠癌及癌前病变临床研究领域取得突出成果。

《消化急难症临床病案选》

编写人员

主 编 姒健敏

副 主 编 王良静

编写人员 (按姓氏笔画为序)

丁小云	丁秋龙	马阿火	王宏地	王 侃	王建国	王章流
付文安	兰 梅	刘 福	吕 宾	孙 聪	孙蕾民	朱旭星
朱丽明	朱晓岚	阮水良	吴加国	宋震亚	张新军	李伟平
李国熊	李青松	李雅洁	李 睿	李 巍	李晓玲	杜 勤
杨朱莹	杨建毓	沈建伟	陈军贤	陈旭鹏	陈芝兰	陈哉考
陈春晓	陈振华	陈淑洁	陈 焰	孟祥中	季 峰	庞宁儿
林 海	范明珠	郑卫华	金珍成	金莉英	施杰民	胡伟玲
胡建文	夏明星	秦丽君	袁庆丰	陶丽萍	高 敏	黄 伟
黄智铭	蒋国法	韩清锡	潘 霞	黎红光	黎宏章	冀子中
戴 宁	戴建国					

导 读

消化系统疾病的临床过程错综复杂,常缺乏特异性表现,全身其他系统疾病以消化道症状为首发表现也十分常见。临床医师需要不断提高对消化系统急诊病例和疑难杂症的诊治水平。

有鉴于此,我们在浙江省不同地市多次组织了消化系统疑难和急诊病症的现场讨论会,一线临床医生通过对碰到的临床现症病例展开充分讨论和医术交流,进行临床追踪随访;对临床少见病、罕见病进行报道和综述;对临床难治复杂病例的治疗进行经验交流;结合国内外最新诊治指南,逐步形成符合各地区、各单位医疗条件下的消化病急难症诊治规范意见,得到广大医师的欢迎和肯定。

本书不同于其他教科书、基础理论性书刊和消化病临床诊治进展书籍,它以临床医生实际遇到的消化系急难症病例为主要素材,按照行医过程中的思维和判断分析的习惯,进行详细的临床病例讨论分析。本书的主要特点有:①以消化系统主要症状和体征为基础,以临床思维方法和处理原则为主导,对临床收集的急诊病例和疑难杂症进行系统分析;②病例均包括病例资料、病史特点、诊断思路和鉴别诊断、诊治经过、讨论和点评等几部分内容,注重临床诊治思路和临床思维,结合国内外文献综述,加深对疾病诊治的认识,从病例中吸取经验教训;③在目录中以症状为索引,正文最后附上疾



病诊断索引,从不同角度方便读者查询病例;④病例诊治分析中,强调诊治思路和规范化处理,坚持“一元论”和“多元论”结合的原则,按照“常见病、多发病、少见病、罕见病”,“典型、不典型”,“主症、次症”,“局部、整体”,“共性、个性”相结合的临床思维特点和原则分析临床实际问题;⑤病例资料正文中直接插入重要图像资料,尽量做到图文并茂。

本书的编写完成得到广大临床医生的大力支持,由于一些病例资料不够完整,难以全部收录,且由于时间有限,只能以病例选集形式出版第一册书籍,相信以后会有更多更好的消化急难症病案选与读者见面。由于各地病历书写标准不统一,加之编者水平有限,书中难免有误,望广大读者批评指正。

王良静

2007年5月

目 录

消化科急危重症病例分析

消化科急危重症病例分析

一、消化道出血

病例 1 “反复呕血黑便 5 天”	1
病例 2 “黑便、呕血 5 小时”	6
病例 3 “间歇解柏油样便 4 年”	12
病例 4 “黑便 2 月余”	19
病例 5 “反复上腹痛伴黑便 5 年,加重 3 天”	27
病例 6 “血便 6 小时”	33

二、吞咽困难

病例 7 “反复吞咽困难 9 月余”	39
病例 8 “进行性吞咽困难 2 月,右上腹痛 1 月”	46

三、呕吐

病例 9 “纳差 5 天,呕吐伴四肢乏力 3 天”	51
病例 10 “反复腹胀伴恶心、呕吐 1 月”	58
病例 11 “反复恶心、呕吐 7 年,再发 1 天”	66
病例 12 “上腹痛 5 年,伴呕吐 2 月,突发上腹痛 10 小时”	72
病例 13 “腹胀伴恶心呕吐,排便停止 3 天”	78

四、腹痛

病例 14 “反复腹痛 20 年,再发 1 天”	84
病例 15 “反复中下腹疼痛 2 月,加剧 2 周”	93



病例 16	“腹痛伴腹泻 6 月余,便秘、呃逆、呕吐 4 天”	99
病例 17	“上腹痛伴皮肤眼白发黄 4 月”	105
病例 18	“反复脐周痛 17 年,再发半年,加重 1 天”	111
病例 19	“反复全身浮肿 20 余年,再发 10 余天”	118

五、发热

病例 20	“间隙发热 20 余天,伴呕吐腹泻 3 天”	128
病例 21	“反复腹胀、黏液血便 3 月,加重伴发热 1 月”	134
病例 22	“午后发热伴右上腹胀 1 周”	142

六、腹水

病例 23	“腹胀伴少尿 3 月”	147
病例 24	“反复腹胀 1 月余,加重伴腹泻 4 天”	152
病例 25	“中上腹疼痛伴恶心 10 余天,加重半天”	159
病例 26	“腹泻 12 天,腹胀 10 天”	165
病例 27	“体检发现‘腹水’2 天”	169
病例 28	“发现腹腔囊肿 4 月余,右大腿肿胀 3 月,发热 10 天”	173

七、腹泻

病例 29	“反复腹泻 5 年,再发伴浮肿半月”	180
病例 30	“腹痛腹泻伴发热 8 月余,加重伴血便 40 天”	186
病例 31	“停经 3 周,腹泻腹胀 1 周”	192
病例 32	“腹痛 2 年,伴腹泻、双下肢麻木、乏力半年,腹胀半月”	197

八、其他

病例 33	“腹痛伴腰痛 3 月,加重 3 天”	204
病例 34	“上腹部绞痛 1 周,加重 6 小时”	209
病例 35	“头痛、头晕 6 天”	214

附录一	疾病诊断索引	220
-----	--------	-----

附录二	常用缩写词	222
-----	-------	-----

一、消化道出血

病例1 “反复呕血黑便5天”

一、病例资料

患者,男,74岁,因“反复呕血黑便5天”入院。

患者5天前因食用人参后自觉腹部不适,随即解柏油样便1次,不成形,量约200g,继之出现呕吐,为咖啡样液,约150ml,当时无头晕心慌,无腹痛腹泻,无畏寒发热,当地医院拟诊“上消化道出血”住院,予质子泵抑制剂和生长抑素等药物治疗后好转。1天前再次出现呕血,为鲜红色,量约300ml,解不成形黑便,量约500g,伴头晕乏力,遂转至我院进一步诊治。起病以来,患者精神软,睡眠欠佳,胃纳差,消瘦明显,体重下降约5kg。

患者21年前曾因“贲门癌”行手术治疗,否认其他重大疾病史。

体格检查:体温36.8℃,脉搏72次/分,呼吸18次/分,血压16.3/10.4kPa,皮肤巩膜无黄染,全身浅表淋巴结未及,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,心律齐,未闻及杂音,全腹平软,无明显压痛及反跳痛,未见胃肠型及蠕动波,肝脾肋下未及,墨菲征阴性,未及明显包块,移动性浊音阴性,肠鸣音4次/分,双下肢无浮肿,神经系统检查未见异常。

实验室及辅助检查:血常规:RBC $2.9 \times 10^{12}/L$, Hb 91g/L, WBC $9.1 \times 10^9/L$, PLT $280 \times 10^9/L$;凝血谱:PT 17.3秒, APTT 44.0秒, 凝血酶原时间活动度54.7%, INR 1.37, 纤维蛋白原(FBG)0.73g/L;肝肾功能正常范围。

腹部B超示“胆囊水肿,胆囊内胆泥淤积,肝脏、胰腺、脾脏未见明显异常,双侧胸腔积液,右侧量中,左侧量少”。

入院后次日胃镜提示“贲门胃底切除术后,吻合口下方约4cm处可见一约0.4cm×0.5cm新鲜血痂附着,中央凹陷,周围黏膜充血明显,呈堤样隆起,残胃胃体黏膜散在陈旧性出血点和片状糜烂,十二指肠球部、降部可见咖啡样液体沉积,无活动性出血病灶”(图1)。病理提示“小块破碎黏

膜,浅表固有层疏松水肿伴红细胞渗出,幽门螺杆菌(Hp)(-)”。

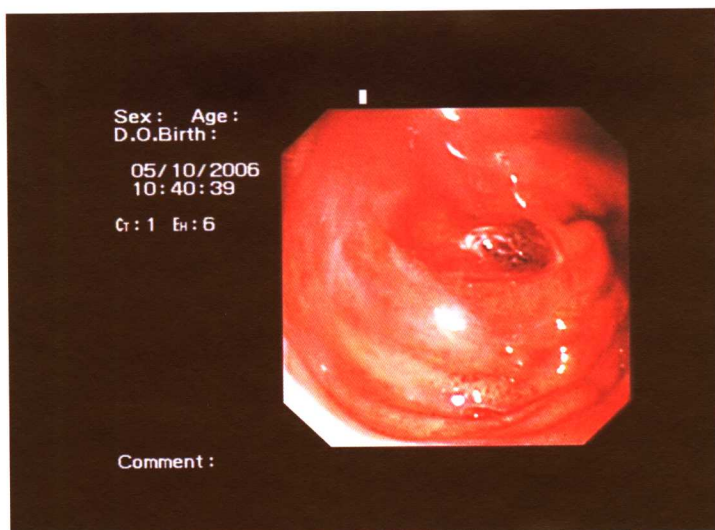


图1 胃镜所见“残胃溃疡伴血痂形成”

胃镜检查后第三天,进食少量流质后患者突发呕血,量约600ml,含鲜血和血块,血红蛋白降至72g/L,次日急诊胃镜见“胃腔内新鲜血液和大量陈旧性血凝块形成,用去甲肾上腺素溶液喷洒,冲洗出血部位,但因活动性渗血,视野模糊无法判定出血性质”。

二、病史特点

(1)患者,男,74岁,急起呕血、黑便5天。出血量大,药物止血效果欠佳。21年前有“贲门癌”手术史。

(2)体检:全身浅表淋巴结未及,全腹平软,无明显压痛及反跳痛,未及明显包块,肝脾肋下未及。

(3)实验室及辅助检查:RBC $2.9 \times 10^{12}/L \downarrow$, Hb 72~91g/L $\downarrow$; PT 17.3秒 $\uparrow$, APTT 44.0秒 $\uparrow$, FBG 0.73g/L $\downarrow$;胃镜提示“贲门胃底切除术后,残胃溃疡伴血痂形成,糜烂性胃炎”。

三、诊断思路和鉴别诊断

该患者为老年男性,“贲门癌”术后21年,出现呕血黑便,胃镜下发现

胃溃疡伴血痂形成,符合上消化道出血表现,需主要考虑以下出血病因:

1. 消化性溃疡

残胃和吻合口溃疡缺乏一般消化性溃疡周期性发作及节律性疼痛的特点,可以消化道出血为首发症状。胃镜下残胃及吻合口溃疡多为单发,少数为多发,形态为孤立的圆形、椭圆形或不规则形,中央凹陷有苔,周围黏膜水肿糜烂,与一般的消化性溃疡相似。溃疡出血药物止血效果往往较差。该患者胃镜下表现为吻合口附近圆形单发溃疡,底覆浅白苔,有血痂形成,根据 Forrest 溃疡分型为Ⅱ型,溃疡反复出血几率较高,因此需要考虑残胃溃疡引起反复消化道大出血可能。

2. 残胃癌

一般认为,残胃癌是指胃非癌性病变术后 5 年以上,或胃癌术后 20 年以上发生的胃癌。胃大部切除术后 15 年以上发生胃癌的几率逐渐增加。残胃癌的临床表现归纳为如下三类:①类似消化性溃疡复发的症状,如腹痛、腹胀等;②类似胃术后综合征,如体重减轻、贫血、吸收不良等;③类似进展期癌特征,如黑便、消瘦、恶病质等。残胃癌可以无规律腹痛为主要症状,有的以上消化道出血为首发症状,发生在贲门者可出现吞咽困难,发生在吻合口者常出现间歇性呕吐。胃镜是目前诊断残胃癌和残胃复发癌最重要和最可靠的手段,确诊率可达 90% 以上。该患者贲门癌术后 21 年,残胃癌发生机会增加,胃镜下表现有残胃溃疡样改变,虽然活检未见细胞异型及组织结构异常等残胃癌证据,但不能完全排除残胃癌可能,必要时在出血静止期可行可疑部位多部位、多块、深挖活检和免疫组化检查。

3. Dieulafoy 病

Dieulafoy 病以间歇性上消化道大出血,尤其是呕血为主要症状,起病突然,饮酒、刺激性药品或食物、应激等可能为其诱因。该病好发于胃左动脉供应的胃小弯侧,病灶 80% 位于胃小弯侧贲门下 6cm 内,少数患者位于十二指肠、空肠和升结肠。胃镜下的主要特征是:胃黏膜局灶性缺损伴有喷射样出血、血栓或涌血;胃黏膜浅表性溃疡中有血管行走,表面有血块附着;偶尔可见小血管突出于正常黏膜表面,有破裂的血管残端,且有搏动性出血。位置特殊及病变微小是胃 Dieulafoy 病的两大特点。该患者胃镜发现贲门癌术后吻合口下方 0.4cm×0.5cm 胃溃疡改变,表面有新鲜血痂附着,似有血管裸露,且以突发大量呕血为临床表现,药物止血效果不理想,需要高度怀疑 Dieulafoy 病。



四、诊治经过

患者多次输注浓缩红细胞和药物止血治疗,但血红蛋白浓度仍在进行性下降,遂行手术治疗。术中见残胃位于膈肌左下方,并与周围组织广泛粘连,离断部分膈肌,分离残胃小弯端,沿小弯侧切开胃体约 8cm,仔细探查胃壁,未发现溃疡出血灶。术中行胃镜检查,发现吻合口下方约 3cm 小弯侧有一 0.5cm×0.5cm 大小的溃疡,表面血液渗出并伴白色苔状物形成,中央处似有动脉破溃。予手术压迫、缝线结扎,结扎后其表面无渗血。术后恢复理想,无再发活动性出血。

最后诊断:①贲门癌术后残胃;②Dieulafoy 病伴出血

五、讨论

Dieulafoy 病又称 Dieulafoy 溃疡,首先由 Callard 于 1884 年描述,认为本病是由于胃黏膜存在的粟粒样动脉瘤破裂所致。1896 年法国医生 Dieulafoy 首先报道并以其名字命名。Dieulafoy 认为本病的病理基础是胃黏膜浅表溃疡引起胃动脉破裂。近年该病被定义为胃黏膜下恒径动脉出血,其发病机制是胃短动脉进入胃壁后没有像正常那样逐渐变细,而是保持其恒径,Wanken 纤维束将该动脉与黏膜固定,形成特定的黏膜易损区,在某些因素(大量饮酒、吸烟、胆汁反流、某些药物刺激、胃蠕动时产生的切割力等)的作用下,黏膜损伤引起恒径动脉破裂。Dieulafoy 病的临床特点是:出血部位隐匿,出血凶猛,并可反复发生,常伴有血流动力学的不稳定。Mark B 等总结该病内镜下特征是:在小到针尖大小的胃黏膜缺损处发现喷血或渗血,也可并无出血,仅有血凝块,周围并不伴有相应的溃疡。

胃 Dieulafoy 病病理表现有如下特点:①胃黏膜局限性浅表性缺损糜烂伴基底部纤维素样坏死;②缺损糜烂的基底部有一较大动脉环,动脉壁增厚,黏膜下可见扭曲增生的动脉,动脉无瘤样扩张,也无动脉炎存在;③与黏膜下动脉伴行的静脉管壁也增粗,静脉管壁黏膜下纤维素沉着;④Verhoef 弹力纤维染色显示,病灶处裸露的动脉壁变薄,部分区域弹力纤维消失。

Dieulafoy 病的确诊首选急诊内镜检查。由于患者多以急性出血或伴有休克就诊,病情大多较危重,对患者的胃镜检查很少能在 48 小时内完

成,延误了诊断的最佳时机,病变区黏膜一旦修复就不能发现病灶而漏诊。另外,胃镜检查人员对本病缺乏认识也导致确诊率不高,本病内镜诊断率约为25%~60%。Focken等用超声内镜检查8例普通内镜疑诊Dieulafoy病的患者,均可见到一异常大血管(直径2~3mm)穿过固有黏膜肌层,走行于黏膜下层。

该病治疗方法主要包括内镜治疗和外科手术。内镜治疗主要包括钛夹止血,喷洒药物,注射硬化剂、肾上腺素盐水和组织胶,以及激光、电凝等,上述方法可联合运用,报道止血成功率为65%~90%;单纯喷洒药物止血成功率低。内镜治疗无效或生命体征不稳定情况下应及时手术治疗,手术多采用病灶楔形切除。

六、点评

对胃大部切除术后患者原因不明的上消化道出血患者,胃镜检查要特别注意以下几点:①对好发部位如吻合口、残胃大小弯侧及贲门胃底应缓慢进镜,仔细观察;②要注意观察黏膜色泽改变,黏膜是否有增生、粗糙、糜烂及溃疡;③对残胃炎、残胃溃疡等疾病,可疑部位应常规多部位、多块、深挖活检。另外,由于“胸腔胃”和“贲门胃底切除”等因素使正常胃腔解剖位置发生改变,胃内溃疡病灶常难以定位。该例患者胃镜检查发现溃疡似位于“前壁”,实际上手术证实位于胃小弯,而胃小弯正是Dieulafoy病的好发部位。本例患者贲门癌术后20余年,内镜下发现胃内溃疡伴血痂形成,还需要特别注意残胃癌和胃癌复发的可能。对有突发消化道大出血,内镜下胃黏膜浅表性溃疡中有血管行走或血管残端的患者需要考虑Dieulafoy病的可能。Dieulafoy病的死亡率报道高达4.4%,但实际死亡率可能更高,因此Dieulafoy病一旦确诊,应及早行内镜或手术治疗。

参考文献

1. 朱明钦. 内镜诊断残胃癌与复发癌. 中国肿瘤临床, 1993; 20: 432
2. Mark B. Taylor 著. 胃肠急症学(第2版). 潘国宗主译. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000; 118-119
3. Fockens P, Meenan J, van Dullemen HM, et al. Dieulafoy disease: endosonographic detection and endosonography-guided treatment. Gastrointest Endosc, 1996; 44: 437-442



病例2 “黑便、呕血5小时”

一、病例资料

患者,男,74岁,农民,因“黑便、呕血5小时”入院。

患者1天前因牙痛服“芬必得、吲哚美辛(消炎痛)、甲硝唑片”,在无上述腹痛情况下5小时前解柏油样便1次约100g,继在1小时后又呕吐咖啡色胃内容物1次约300ml。急诊查“Hb 73g/L”,拟诊“上消化道出血”收入院。发病以来无晕厥。

既往史、个人史、婚育史、家族史无殊。

体格检查:神志清楚,体温36.5℃,脉搏84次/分,呼吸18次/分,血压14.7/9.3kPa。贫血貌,浅表淋巴结未及。心肺听诊无殊。腹部平软,无压痛,肝脾肋下未扪及,肠鸣音正常,移动性浊音(-)。

实验室及辅助检查:血常规:Hb 60g/L,PLT 175×10^9 /L,WBC 11.3×10^9 /L,MCV 70.1fl(82~92fl),MCH 21.0pg(2.0~31.0pg),MCHC 302.2g/L(310~380g/L),HCT 0.209(0.37~0.49);大便隐血(++++) ;生化检查提示“肝肾功能正常”;肿瘤标志物系列AFP、CA199、CEA均正常。

入院后胸片、肝胆脾B超未见异常。

二、病史特点

(1)男性,74岁,农民。服用有可能损害胃黏膜致胃出血的药物后急起黑便和呕血。

(2)体检和实验室检查发现出血量和贫血程度不相符,贫血为小细胞低色素贫血。

三、诊断思路和鉴别诊断

患者有呕血黑便,诊断上消化道出血明确,结合病例特点考虑病因有:

1. 药物所致急性胃黏膜损害

许多药物都可以引起消化性溃疡和急性上消化道出血,最常见的药物是非甾体类抗炎药(NSAIDs),尤其在大剂量使用时,在有胃炎和胃溃疡等

基础疾病的人及老年人更容易发生。患者系老年,同时服用两种非甾体类抗炎药物后发生上消化道出血,但出血与贫血程度不成比例,要考虑在原有病灶基础上因药物诱发出血。

2. 消化性溃疡伴出血

在上消化道出血的病因中,溃疡病出血居首位,多为溃疡基底肉芽组织中或周围黏膜糜烂面上的微血管或小血管出血,一般是小量和短暂出血。大出血则是活动期溃疡侵蚀了溃疡基底部的血管所致。该患者仅在服用芬必得和吲哚美辛后一天发生出血,且出血与贫血程度不符,要考虑胃溃疡基础上,药物诱发出血的可能。

3. 胃癌

患者为老年患者,恶性胃溃疡的发病率明显高于中青年人,也有慢性胃溃疡恶变可能。患者存在严重的小细胞低色素贫血不能由急性出血加以解释的情况,要高度警惕胃癌的可能。

4. 其他

上消化道出血的其他原因如食道静脉曲张破裂出血,由于患者没有肝功能损害和门脉高压症的临床表现而排除;血管异常如 Dieulafoy 病,其出血特点与之不符,可以排除由此引起出血的可能。

四、诊治经过

入院后急诊胃镜检查提示“胃角溃疡,0.4cm×0.6cm 大小,溃疡面覆白苔及血管残端,周围黏膜有充血”(图 1)。即予禁食、质子泵抑制剂静脉给药治疗、输血及支持治疗等,病情平稳。入院第 4 日凌晨,患者突感恶心,随后呕出鲜红色血液带血块 600ml。当时测得血压 13.9/8.4kPa,心率 87 次/分,查血红蛋白 52g/L,维持原治疗方案,病情稳定 3 天开始给予流质饮食。入院第 10 天晚 22 时,在静卧时突然又感恶心,呕吐出咖啡色胃内容物约 400ml,测得血压 8.0/6.9kPa,心率 100 次/分,腹软,肠鸣音活跃。半小时后又解黑便约 100g,经输血浆 500ml、红细胞 4 单位后血压回升至 12.0/6.9kPa,鉴于三次活动性出血,药物治疗失败,准备外科治疗。术前再行胃镜检查,发现“食管-贲门黏膜有纵形撕裂伴出血(图 2),十二指肠球部有白色短线状钩虫”(图 3)。经内镜喷洒止血药物并局部注射治疗,患者出血停止,后经过驱虫治疗,血红蛋白逐渐升高,治愈出院。

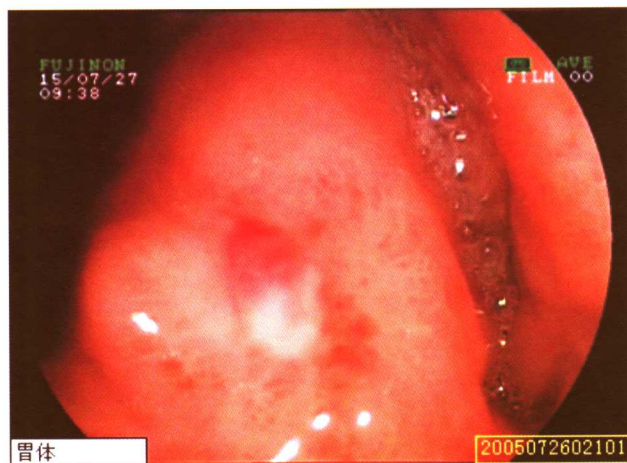


图1 胃镜所见:胃角溃疡(A₁)伴出血

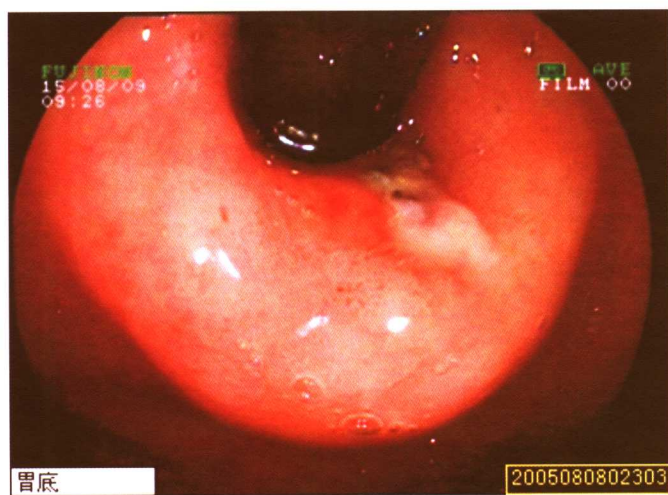


图2 胃镜所见:食管-贲门黏膜撕裂